

公費負担者番号 5 1 1 6

※処理区分 ※事由

※受給者番号

特定疾患医療受給者証交付申請書 (新規・更新)

受給者	フリガナ											性別	男・女	職業		
	氏名											※性別コード				
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)					※生年月日コード									
住所	〒									※市町村コード						
	TEL															
加入医療保険	フリガナ											受給者との続柄	※生計中心者コード			
	被保険者氏名												被保険者と異なる場合			
	保険種別	協会・組合・船員・共済・国保(組合・一般・退職)・後期														
	記号番号															
	被保険者証発行機関名											※保険種別コード				
	所在地											※再掲	介保			
	※適用区分						※保険者番号									
生計中心者	氏名											受給者との続柄	※自己負担限度額			
	住所											階層				
	今回申請する受給者以外に既に同一生計内で受給者証の交付を受けている者	有(氏名)・無										入院 円				
疾患名											*疾病コード (56のみ)		※重症認定種別コード			
医療機関	名称 (診療科)															
	所在地															
	※医療機関コード															
(注)臨床調査個人票の研究利用についての同意	特定疾患治療研究事業は、重症で希少な特定疾患の研究を推進するための制度であり、提出した臨床調査個人票が厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾患研究の基礎資料として使用されることを確認した上で、申請してください。 (詳細については、裏面をご覧ください。)															
上記のとおり、臨床調査個人票の研究利用について同意し、特定疾患医療受給者証の交付を申請します。 年 月 日 (〒 -) (市町村コード) 申請者 住所 氏名 (受給者との続柄) 富山県知事殿																
添付書類												※異動年月日コード				
(1)臨床調査個人票(更新用) (2)世帯全員の住民票 (3)生計中心者の所得税等がわかる書類 (4)保険者からの情報提供にかかる同意書等 (5)被保険者証の写し (6)特定疾患登録者証(お持ちの方)												受付印				
(注) 1)添付書類が個人により異なります。 2) スモンについては更新手続きにおける 臨床調査個人票の提出は不要。 3)他法による医療受給資格がある方は、受給者証等の提示をお願いすることがあります。 4)※欄は記入しないで下さい。																

<同意について>

特定疾患治療研究事業は、重症で希少な特定疾患の研究を推進するため、患者の方の治療に係る医療費の自己負担分を公費で補助する制度です。

本申請書に添付された臨床調査個人票は、厚生労働科学研究難治性疾患克服研究事業の研究班において、当該疾患の研究のための基礎資料として使用されますので、このことに同意されたいと、特定疾患医療受給者証の交付申請を行ってください。

また、臨床調査個人票の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

なお、この同意は、添付された臨床調査個人票を疾患研究の基礎思慮として活用することに対する同意であり、臨床調査研究分野の研究班で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。